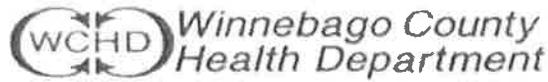


Programa de Illinois para Detectar el Cáncer Cervical y de Senos
Formulario para la Determinación de Elegibilidad

Área Sombreada es Sólo para el uso de la Oficina de IBCCP (Shaded area is for IBCCP office use only)			
<input type="checkbox"/> New Client Registration Date: _____	<input type="checkbox"/> Established Client Annual Date: _____	<input type="checkbox"/> Navigation Only Date: _____	Cornerstone # _____
Nombre: _____ Apellido Anterior: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____ Teléfono del hogar: _____ Teléfono del celular: _____ Teléfono de día: _____		Cobertura Médica/de Seguro: Marque todos los que tenga. <input type="checkbox"/> Medicare Parte B – No soy elegible para el IBCCP <input type="checkbox"/> Medicaid Número de Recipiente (RIN): _____ <input type="checkbox"/> YO NO tengo seguro médico <input type="checkbox"/> Sí tengo seguro médico Nombre de la Compañía: _____ <input type="checkbox"/> ¿Está cubierta bajo un seguro médico de su madre/padre o esposo(a)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó sí, Nombre de la Compañía: _____ ¿Su seguro paga por: Prueba de Papanicolaou? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Mamogramas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene usted un deducible que debe cumplirse antes de que los procedimientos de diagnóstico sean cubiertos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Por favor provea una copia del frente y de la parte de atrás de su tarjeta del seguro.	
Estado Laboral: <input type="checkbox"/> Empleada a tiempo completo (35+ horas semanales) (EFT) <input type="checkbox"/> Empleada a medio parcial (EPT) <input type="checkbox"/> No está trabajando (NLF) <input type="checkbox"/> Empleada por temporadas/trabajo migratorio agrícola (SMF) <input type="checkbox"/> Trabajadora por cuenta propia (SE) <input type="checkbox"/> Trabajadora Temporera (TW) <input type="checkbox"/> Desempleada (UNE)		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Nunca ha Estado Casada (01) <input type="checkbox"/> Casada (02) <input type="checkbox"/> Otro : _____	Años de Educación Completados: <input type="checkbox"/> _____ (EO # de años) <input type="checkbox"/> Desconocido (E099)
Elegibilidad según ingreso: Ingreso total antes de los impuestos (si está casada - escriba el ingreso total combinado antes de los impuestos): \$ _____ mensual/anual (circule uno) Número de personas menores de 18 años, su esposo(a) (si aplica), y usted misma, quienes dependen de este ingreso: _____			
Sólo Para Uso de la Oficina - Office Use Only: Income status for number in household: At or below 250% of federal poverty level: <input type="checkbox"/> Above 250% of federal poverty level: <input type="checkbox"/>			
¿Es usted de origen hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí (01) <input type="checkbox"/> No (00) Idioma preferido para la prestación de servicios: <input type="checkbox"/> Inglés (E) <input type="checkbox"/> Español (S) <input type="checkbox"/> Otro (O): _____ ¿De qué herencia étnica o racial se considera usted? Marque TODAS las que apliquen. <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska		¿Cómo se enteró de este programa? <input type="checkbox"/> Anuncio en cartel (PO) <input type="checkbox"/> Periódico (ME) <input type="checkbox"/> Hoja volante (FL) <input type="checkbox"/> Radio (ME) <input type="checkbox"/> Folleto (BR) <input type="checkbox"/> Televisión (ME) <input type="checkbox"/> Manejador de Casos Comunitario (C) <input type="checkbox"/> Sitio Web Agencia/Estado (WB) <input type="checkbox"/> Evento Comunitario (CE) <input type="checkbox"/> Médico o Proveedor de Servicios de Salud (P) Quién: _____ # de Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Otro (OTH), Especifique : _____ Barreras: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños/Familia <input type="checkbox"/> Horario de trabajo <input type="checkbox"/> Entendiendo las necesidades médicas <input type="checkbox"/> Necesidades especiales <input type="checkbox"/> Financieras <input type="checkbox"/> Necesita Intérprete <input type="checkbox"/> Distancia de viaje <input type="checkbox"/> Programando citas <input type="checkbox"/> Otra: _____ Comentarios: _____ _____	
¿Cuál es la mejor hora para programar su cita? (Favor de marcar todos los que apliquen.) Proveedor de Servicios Médicos Preferido: _____ Día de la semana: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes Tiempo / hora en el día: <input type="checkbox"/> Temprano en la mañana <input type="checkbox"/> A media mañana <input type="checkbox"/> Temprano en la tarde <input type="checkbox"/> Tarde en la tarde			
Yo certifico que la información que he ofrecido en esta solicitud es verdadera hasta donde tengo conocimiento. Firma de la Solicitante _____ Fecha _____			



Illinois Breast and Cervical Cancer Program of Winnebago, Boone, and DeKalb Counties

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento del Cliente: _____

Por favor aliste **todas** las personas viviendo en su casa en esta hoja. Esto incluye el cliente, esposo, hijos(as), hijastros(as), nietos, padres ancianos y otros miembros de la familia o personas no familiares que vivan en la casa.

<i>Miembro de Casa</i>	<i>Relación con el cliente</i>	<i>Edad</i>	<i>Ingresos de Trabajo (Mensual)</i>	<i>Otros Ingresos (Mensuales)</i>	<i>Otra fuente de Ingresos*</i>
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	

*Otra fuente de ingresos incluye: Seguro Social, manutención de menores, apoyo conyugal, alquiler de propiedad, beneficio de desempleo, pensión, y finanzas.

Firma del Cliente _____ Fecha _____

*****POR FAVOR MANDE COMPROVANTE DE INGRESOS DEL CLIENTE Y ESPOSO*****

<p>Esta sección es para que la complete el personal de IBCCP solamente:</p> <p>Total Household Size (include only client, spouse, and children or stepchildren of the client who are under age 19) _____</p> <p>Total Income (include income from only the individuals included in the total household size) \$ _____</p>
--



**PROGRAMA DEL CANCER DE SENOS Y CERVICAL DE ILLINOIS
DECLARACION DE INGRESO Y EDAD**

Se le ha pedido que complete esta forma porque usted no tiene comprobante escrito de ingresos y/o edad.

Yo _____, resido en _____
y atestigo el hecho de haber recibido la suma de \$ _____ como ingreso durante el periodo de un MES/ANO (encierre en un circulo una de las opciones). Este es mi ingreso antes de la deducción de impuestos. Yo soy soltera/casada (encierre en un circulo una de las opciones). Este ingreso mantiene (número de personas que viven en la casa) _____ personas. Yo además atestigo que mi fecha de nacimiento es ____ / ____ / ____ y que tengo _____ años de edad.

**** Yo entiendo que cometer perjurio con el fin de obtener la asistencia se considera fraude por la cual puede causar mi terminación del programa del Cáncer de Senos y Cervical de Illinois.**

Firma _____

Testigo _____

Fecha _____

**** Si usted no puede proveer prueba de edad y/o ingreso, usted tiene que dar una explicacion por que. El personal del programa de IBCCP lo evaluara al recibirla para haber si acepta su declaración de edad/ingreso solamente.**

Por favor explique aquí:

Si tiene preguntas, favor de llamar a la oficina de IBCCP al 815-720-4000 opción #6

PROGRAMA DE CÁNCER DEL SENO Y CERVICAL DE ILLINOIS

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE Y DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

I. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

El Programa de Cáncer del Seno y Cervical de Illinois (IBCCP) es un esfuerzo cooperativo entre el Departamento de Salud Pública de Illinois, la Oficina de la Salud de la Mujer y Servicios para la Familia, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés). El programa alienta a las mujeres a hacerse exámenes de rutina de cáncer del seno y cervical y provee pruebas de detección gratis y algunos exámenes de diagnóstico para las mujeres de Illinois que sean elegibles. El propósito del examen de rutina del seno y cervical es para detectar el cáncer a tiempo, si este existe, en una etapa temprana para que pueda ser tratado o curado. La prueba de detección para el cáncer del seno consiste en un examen clínico del pecho y un mamograma (unos rayos X del pecho). La prueba de detección para el cáncer cervical consiste en un examen pélvico y una prueba Pap (el raspado cervical).

II. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Yo proveeré prueba de edad y de ingreso para determinar mi elegibilidad para el programa. Si tengo seguro de salud, entonces proveeré una copia de mi tarjeta del seguro y una verificación por escrito de los servicios cubiertos. Si mientras esté inscrita en el Programa de Cáncer del Seno y Cervical de Illinois (IBCCP) yo obtengo seguro médico, le informaré al personal de la Agencia Principal.
- Yo le doy permiso a mis proveedores del cuidado de la salud, a la compañía de seguro, al hospital, la clínica, el laboratorio y/o al departamento de mamografía para proveer información al personal del programa sobre mis pruebas de detección de cáncer del seno y cervical, exámenes de diagnósticos y/o estado de mi tratamiento.
- Yo entiendo que el programa debe obtener cierta información de estadísticas para los informes, incluyendo pero no limitado a la edad, ingreso, seguro y cualquier otro servicio que me sea provisto a través de este programa. Esta información puede ser usada por el programa y el CDC para aprender más sobre el cáncer del seno y cervical y para asegurar la calidad de los servicios provistos a través del programa. **Mi nombre no será usado en estos informes, excepto si la ley lo requiere.**

PROGRAMA DE CÁNCER DEL SENO Y CERVICAL DE ILLINOIS
CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE Y DE DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN
Página 2 de 3

- Mi proveedor del cuidado de la salud y/o el personal del programa tratarán de comunicarse conmigo en lo referente a mis resultados. Yo entiendo que a pesar de los esfuerzos para encontrarme, mi salud es mi propia responsabilidad y puede que necesite comunicarme con mi proveedor para obtener los resultados de mis exámenes.
- Yo entiendo que si el proveedor ordena exámenes que no son cubiertos por el programa o por mi seguro, que yo puedo ser responsable por el pago de esos servicios del IBCCP ya que el programa no puede pagar algunos exámenes de diagnóstico. Hay disponible una lista de los servicios aprobados, que yo puedo solicitar.
- Si soy diagnosticada con una condición pre-cancerosa o cancerosa de mis senos o cervical, entonces la información de mi archivo del IBCCP se divulgará al Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios para la Familia. Esta información se usará para determinar si yo soy elegible para recibir beneficios de salud pagados por el Estado a través de Medicaid.
- Si no soy elegible para la cobertura de Medicaid, entonces el personal del programa me ayudará con un referido para los servicios de tratamiento a través de fuentes privadas, recursos de la comunidad, otras ayudas del gobierno o servicios médicos gratuitos.
- Si soy elegible para recibir beneficios de salud pagados por el Estado a través de Medicaid, entonces doy mi permiso para que el personal del programa obtenga información sobre mi tratamiento para el cáncer del seno o cervical. Esta información se usará para determinar el estado de mi tratamiento y mi inscripción extendida en Medicaid.
- Recibiré notificación del personal del programa para recordarme cuando necesite regresar a mi proveedor médico para mi examen anual, y si es necesario, para un examen de seguimiento. (Esto no aplicará a clientes con seguro).
- Le notificaré al programa de cualquier cambio de mi dirección y/o número de teléfono.
- Le escribiré o llamaré al personal del programa local para informarles si ya no deseo participar en el programa. Esta notificación será anotada en mi registro del programa.

**PROGRAMA DE CÁNCER DEL SENO Y CERVICAL DE ILLINOIS
CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE Y DE DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN
Página 3 de 3**

- Entiendo la importancia de acudir a todas mis citas para que mi cuidado sea provisto de manera oportuna. Cuando sea necesario cancelar o cambiar una cita, le notificaré a la agencia de este cambio.
- Las citas perdidas o ausencias a citas sin excusas no son aceptables, y si esto sucede, potencialmente harían que yo pierda mi habilidad para recibir servicios del IBCCP.

III. RECONOCIMIENTOS:

- He recibido literatura y/o educación sobre todo lo siguiente: salud del seno, mamografías y pruebas de Papanicolaou. _____
(iniciales aquí)
- La Universidad de Illinois en Chicago (UIC), un socio del IBCCP, conduce una encuesta anual con el propósito de ayudar al Departamento a mejorar la calidad del programa para que el Departamento pueda proveerles mejores servicios a los participantes del programa. En una fecha futura la UIC se pondrá en contacto con usted acerca de esta encuesta. Esperamos que usted participe, pero su participación es completamente voluntaria y la elegibilidad para su programa no se verá afectada si decide no participar. Sus iniciales aquí reconocen que usted ha recibido la notificación de esta encuesta voluntaria. _____
(iniciales aquí)

Firma del Cliente _____ **Fecha** _____



Winnebago County Health Department
 401 Division Street, PO Box 4009
 Rockford, IL 61110

AUTHORIZATION TO RELEASE CLIENT INFORMATION

CLIENT NAME:			BIRTHDATE:
ADDRESS:			SSN:
CITY:	STATE:	ZIP:	MEDICAL RECORD NO.

This is to authorize that health information regarding the above-name person be forwarded.

FROM PERSON/INSTITUTION:		
ADDRESS:		
CITY:	STATE:	ZIP:

TO PERSON/INSTITUTION: Winnebago County Health Department IBCCP		
ADDRESS: 555 N. Court St		
CITY: Rockford	STATE: IL	ZIP: 61103

PURPOSE/NEED FOR DATA: **continued medical care**

DATES OF SERVICE: FROM: _____ TO: _____
 (Month) (Year) (Month) (Year)

DISCLOSURE IS LIMITED TO: **breast exams, mammogram, biopsy, pathology, PAP, HPV, colposcopy, and progress notes**
 (State specific nature of information to be disclosed)

(Please initial all that apply.)

- Records relating to Health Care.
- Records relating to Mental Health, Alcohol and/or Drug Abuse.
- Records relating to HIV/AIDS condition.

This Consent is valid until Date: ___/___/___

I understand that I may revoke this consent at any time and that the above named person authorized to receive this information has the right to inspect and copy the information to be disclosed.

Notice to receiving agency/person: Under the provision of the *ILLINOIS MENTAL DEVELOPMENT AND DISABILITIES CONFIDENTIALITY ACT*, you may not redisclose any of the information unless the person who consented to the disclosure specifically consents to such redisclosure.

Under the *FEDERAL ACT OF JULY 1, 1975, CONFIDENTIALITY OF ALCOHOL, AND DRUG ABUSE PATIENT RECORDS*, no such records, nor information from such records may be further disclosed without specific authorization for such redisclosure.

Under the *AIDS CONFIDENTIALITY ACT*, you may not redisclose any of this information unless the person who consented to the disclosure specifically consents to such redisclosure.

Client's Signature: _____

Parent/Legal Guardian: _____ Relationship to Client _____
 (Indicate legal relationship to client)

Witness: _____ Date: _____



Reconocimiento de Recibo del
Aviso de Noticia de Practicas de Privacidad

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

En firmando abajo, yo (o mi representante autorizado en mi nombre) reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Winnebago. Nuestra Noticia de Practicas de Privacidad proporciona información en cómo podemos usar y revelar su información de salud protegida. Le sugerimos que lo lea en completo.

Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad es sujeto a cambio. Una copia se puede encontrar en nuestro sitio web www.wchd.org.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha

Escriba el Nombre del Representante Autorizado

Relación al Paciente

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Yo hice esfuerzo de buena fe, para obtener nuestro Reconocimiento escrito de Aviso de nuestra Noticia de Practicas de Privacidad, pero el reconocimiento no pudo ser obtenido por la siguiente razón:

Individual rechazo a firmar

Otra razón (por favor especifica): _____

Firma de Personal

Fecha

ESTADO DE ILLINOIS
CORNERSTONE
FORMA DE CONSENTIMIENTO DE CORNERSTONE

Nombre del Participante: _____

Apellido

Nombre

Inicial

Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año)

Número de Identificación del Participante:

Es importante que lea lo siguiente. Si hay algo que no entiende o tiene alguna duda, pregúntenos por favor.

Bienvenido al programa Cornerstone, que es un sistema de recopilación de datos, de una variedad muy amplia de servicios concernientes a la salud, prestados a diferentes individuos. Estos servicios incluyen: WIC (Mujeres, Infantes y Niños); Vacunas; Manejo de Casos; Cuidado Prenatal y Postparto; Cuidado Pediátrico Primario; Intervención Temprana; Cáncer del Seno y Cáncer Cervical; Control de Diabetes; Familias Sanas de Illinois; y Historia de la Salud de la Familia/Su Genética.

Estamos preguntando por su permiso para recopilar información acerca del participante y añadirla al sistema central de computadoras, que el Departamento de Servicios Humanos (IDHS), y el Departamento de Salud Pública mantiene. Basado en la información recopilada en los procesos de inscripción y registro, se determinará si usted deberá recibir otros servicios en el futuro. Solo aquellos profesionales del cuidado de la salud que estén autorizados y que tengan necesidad de obtener información referente a usted, tendrán acceso directo a esta información. Esta información será proporcionada para autorización de servicio, con el propósito de intervención y evaluación de casos. La información básica, sin el nombre del participante, será enviada a las agencias que proveen los fondos para estos programas.

Al firmar esta forma de consentimiento, usted estará de acuerdo que cierta información sea recopilada por esta agencia/clínica. Las personas o persona que recopilan esta información, tienen la obligación legal y ética de mantener esta información confidencial y privada, y no proporcionarla a nadie, sin la autorización escrita por usted o, a menos que, la ley lo permita.

A. Yo autorizo al Departamento de Salud de Winnebago a recopilar información durante los procesos de inscripción y registro.

B. Esta autorización cubre toda la información médica, social y financiera acerca del participante, incluyendo: antecedentes del participante, información demográfica; información de visitas al proveedor de servicios médicos y desarrollo físico; historial médico; información acerca del cuidado prenatal, parto y postparto; visitas de los infantes o niños al proveedor de servicios médicos; registro de vacunas; riesgos del participante; problemas o factores que han evitado que el participante obtenga el cuidado médico apropiado; citas y servicios recibidos; metas y planes para la atención; paquete de alimentos de WIC; información del programa; información requerida por el Programa Federal de Salud Materna e Infantil; y Intervención Temprana. Cualquier información que usted no quiera que se incluya, deberá ser escrita en la parte D de esta forma.

C. Esta autorización también cubre la información acerca de la salud mental, SIDA, HIV, enfermedades sexuales transmisibles, alcoholismo, y uso de drogas que sea reportada por mí. Entiendo que no es necesario discutir estos asuntos con nadie.

D. La siguiente información es la que no quiero que sea revelada:

E. Estoy llenando esta forma de consentimiento dentro de los límites de mi autoridad legal. Yo entiendo que puedo anular esta forma de consentimiento, oralmente o por escrito en cualquier momento, pero la anulación no cancela lo que se haya hecho con la misma antes de que sea anulada. También entiendo y estoy de acuerdo en no hacer responsable al Departamento de Servicios Humanos o al Departamento de Salud Pública de Illinois por cualquier información revelada de acuerdo con los términos descritos en esta forma de consentimiento.

F. La copia fotostática/fax, de esta forma de consentimiento es comparable al original.

Para el Niño Participante:

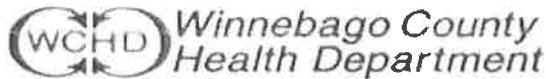
Para el Adulto Participante

Firma de los Padres/Guardián Legal/Vigilante/Fecha

Firma del Adulto Participante/Fecha

Firma del Testigo:

Fecha



PROGRAMA DE ILLINOIS DE CÁNCER DE SENOS Y CERVICAL DE LOS
CONDADOS DE WINNEBAGO, BOONE Y DEKALB
VERIFICACIÓN REQUERIDA

**FAVOR DE LEER ESTA FORMA CUIDADOSAMENTE. ESTA INFORMACIÓN LA
DEBEMOS DE RECIBIR POR IBCCP ANTES DE PROGRAMARLE SUS CITAS.**

Usted **debe** incluir la verificación descrita a continuación con su paquete de inscripción/re-inscripción para que su papeleo se pueda procesar y su cita(s) pueda programar.

* **Los ingresos requeridos son de usted y su esposo, si es casada.**

* **Mande solo uno de los documentos requeridos (no es necesario que mande todos)**

- **Verificación de Edad** (requerida para nuevas clientas de IBCCP solamente): *incluya una copia de cualquiera que tenga disponible: licencia de conducir, tarjeta de identificación (matricula consular) o su certificado de nacimiento*
- **Verificación de Ingresos:** *copia de cualquiera que tenga disponible: 2 talones de cheque de pago más recientes, el W-2 o la primera página del formulario 1040 de impuestos reciente de usted y de su esposo, si están casados.*
 - Ingresos incluye Seguro Social, pago de Incapacidad, desempleo, manutención de hijos, pensión: provea documentación: (copia de la carta de elegibilidad, copia del estado de cuenta del banco si es depositado directamente, copia de talones de cheque, etc.)
 - Si trabaja por su propia cuenta, incluya una copia de la primera pagina y sus gastos del formulario 1040 de impuestos
 - Si recibe estampillas para comida y no tiene documentación de ingresos, su carta de elegibilidad para recibir estampillas de comida puede contar como ingresos elegibles: incluya una copia de la carta de elegibilidad.

*****Si usted no tiene ingresos o documentación de ingresos, por favor llene el formulario
“Declaración de ingresos y/o edad” incluida en el paquete.**

Verificación del Medicaid

Si usted recibe servicios de Medicaid, éste debe cubrir los gastos de sus exámenes y de sus pruebas preliminares. Si está en el programa con pago previo (conocido en inglés como “*spend down*”), usted todavía podría calificar para el programa. **Por favor incluya la cantidad de pago previo (“*spend down*”) que le corresponda hacer a usted.**

Cantidad de pago previo (*spend down*) \$ _____

Verificación de Seguro

Si usted tiene seguro privado y éste cubrirá cualquiera de los gastos de sus exámenes, usted no califica para el programa. Si su seguro no cubre sus exámenes anuales y las pruebas preliminares, usted debe someter documentación que especifique que los servicios no son cubiertos por su seguro. **Por favor incluya una copia de la tarjeta de su seguro de enfrente y de atrás.**

*****Si tiene preguntas, llame a la oficina de IBCCP al 1-815-720-4000 opción #6.**

Su Información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Effective Date September 8, 2015

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones**Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.**

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

Effective Date September 8, 2015

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar Investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro oficina, y en nuestro sitio web.

Kari Nimmo
Privacy Officer
(815) 720-4209
knimmo@wchd.org

Effective Date September 8, 2015